

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

259

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis-Philippe-Marius CHABERT

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 7 octobre 1913, à Fréjus (Var).

Les Formes Pseudo-Vésiculaires de la Syphilis Hépatique Tertiaire

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis-Philippe-Marius CHABERT

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 7 octobre 1913, à Fréjus (Var).

Les Formes Pseudo-Vésiculaires
de la Syphilis Hépatique Tertiaire

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FISSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies	LEMIERRE.
de l'encéphale	CUNéo.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOSSET.
Clinique des maladies du système nerveux ...	GRÉGOIRE.
Clinique des maladies infectieuses	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique	JEANNIN.
Clinique urologique	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements	OMBRÉDANNE.
	HARVIER.
Clinique gynécologique	LEMAITRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique propédeutique	LAUBRY.
Clinique de la Tuberculose	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	N...
Clinique de cardiologie	HAZARD.
Clinique de neuro-chirurgie	MULON.
Assistance médico-sociale	OLIVIER.
	SANNIE.
Professeurs sans chaire	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
DOGNON	Physique.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO.	Pathologie chirurgi-	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
	cale.	MARCHEL	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pa-	MOUQUIN	Pathologie médicale.
	thologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgi-
DE GENNES ...	Pathologie médicale.		cale.
GIROUD	Histologie.	RENARD	Ophtalmologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
LANTUEJOL .	Obstétrique.	SUREAU	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.	LE LORIER .. Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM. ALAJOUANINE. BRULÉ. CATHALA. CHABROL. CHEVALLIER. DONZELOT. DUVOIR. GASTINEL. HUGUENIN. LAROCHE (G.). LIAN. MOREAU. PIÉDELIEVRE. SÉZARY.	Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCC. CADENAT. GATELLIER. de GAUDART d'ALLAINES. LEVEUF. MOULONGUET. MOURE. QUENU.	Clinique chirurgicale.
MM. ECALLE. METZGER. PORTES. VIGNES.	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

*Sa grande bonté m'a toujours réconforté
pendant mes études.*

A MON PÈRE

Il fut pour moi un père et un ami.

Faible témoignage de ma grande reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis pour moi et qu'ils ont toujours accepté avec une spontanéité et une discrétion admirables. Les réunissant tous deux dans un même sentiment de gratitude, je pense aux années heureuses que leur tendresse infinie a su me procurer, mon devoir est, dans la vie, de savoir me montrer digne de leur exemple qu'ils m'ont toujours donné.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD

« J'ai été instruit de bonne heure, par la pratique, des similitudes étranges que revêt parfois la syphilis hépatique; j'en ai gardé une méfiance particulière, qui m'a permis, assez souvent, de démasquer certains gros foies suspects; assez souvent aussi, je me suis trompé, seul ou en compagnie médicale.....

« Je tiendrais à préciser les cas dont je veux m'occuper. Il s'agit tout d'abord, de syphilis hépatique, isolées ou qui semblent telles, ou, du moins, de malades chez qui l'on n'a découvert ni antécédents ni stigmates de vérole antérieure.....

« Ces syphilis qui se traduisent par des tumeurs localisées et quelquefois de très grosses tumeurs, comme M. BRANDT le signalait en 1920; de ce fait, elles affectent souvent toutes les apparences du cancer hépatique, de certaines cholécystites, péricholécystites et tumeurs de la vésicule; de tumeurs rénales.

« Ces apparences sont parfois telles que la confusion est presque inévitable, si l'on ne pense pas toujours et systématiquement à la syphilis; et, même si l'on y pense, même si l'on utilise les moyens de diagnostic que nous avons actuellement entre les mains, il arrive que l'hésitation persiste encore et

doive persister en toute sagesse d'interprétation clinique.

« Ce sont précisément ces cas qui créent les difficultés les plus grandes, et comme je le dirai tout à l'heure, légitiment et nécessitent l'intervention exploratrice ».

C'est ainsi que s'exprimait LEJARS en 1914 dans une de ses très belles cliniques chirurgicales de St-Antoine, posant en ces quelques lignes toutes les données du problème à résoudre, telles qu'à l'aide d'une nouvelle observation inédite nous voudrions à nouveau les reprendre dans ce court travail.

Voici cette observation personnelle :

OBSERVATION I.

Mme P..., âgée de 32 ans, entrait à Laënnec, le 25 juin 1925, se plaignant de douleurs abdominales violentes accompagnées d'une fièvre élevée.

En interrogeant cette femme on apprenait que jusqu'à 28 ans, elle avait joui d'une santé parfaite et qu'à cet âge elle s'était mariée. C'est alors que sans raison apparente elle vit peu à peu sa santé décliner; elle s'amaigrit, pâlit, et sentit ses forces diminuer progressivement.

Malgré cela, 2 ans après son mariage, elle commença une grossesse qui se poursuivit normalement et un enfant naquit à terme, bien portant. Il devait cependant mourir à 6 mois, en quelques jours, d'une méningite, raconte la mère, mais dont on ignore l'étiologie semble-t-il.

Trois ans environ après cette grossesse, l'amaigrissement reprit beaucoup plus nettement et augmenta rapidement. Une petite toux s'installa, il y eut des épistaxis abondantes et répétées.

Examinée à St-Antoine, cette jeune femme fut considérée comme tuberculeuse et envoyée au sanatorium de Bligny. Toutefois, pendant son séjour, les examens cliniques ne firent que révéler du silence respiratoire au sommet gauche, mais les radioscopies successives ne montrèrent aucun signe de lésion pulmonaire et les examens des crachats jamais aucun bacille de Koch. Fatigue, amaigrissement persistaient cependant très marqués. Tout ceci se passait 3 mois avant l'épisode qui nous intéresse particulièrement.

Rentrée chez elle, subitement en Avril, 1 mois après son envoi à Bligny, un soir, 3 heures après son repas, elle est prise brusquement d'une douleur brutale dans l'hypocondre droit, douleur intense que la morphine n'arrive pas à calmer. A la suite de cet incident, les crises se répètent de jours en jours, sans horaire fixe et sans que l'on puisse faire la preuve de ce qui les conditionne. Ce qu'on note toutefois, en dehors de leur horaire capricieux et de leur brusquerie d'apparition, c'est que de temps à autre elles s'accompagnent d'une élévation de température sans caractère précis et particulier. En outre, les douleurs siègent dans l'hypocondre droit avec une constance absolue, mais n'ont aucune irradiation, de plus, il n'y a jamais ni ictère, ni décoloration des selles, ni signes urinaires.

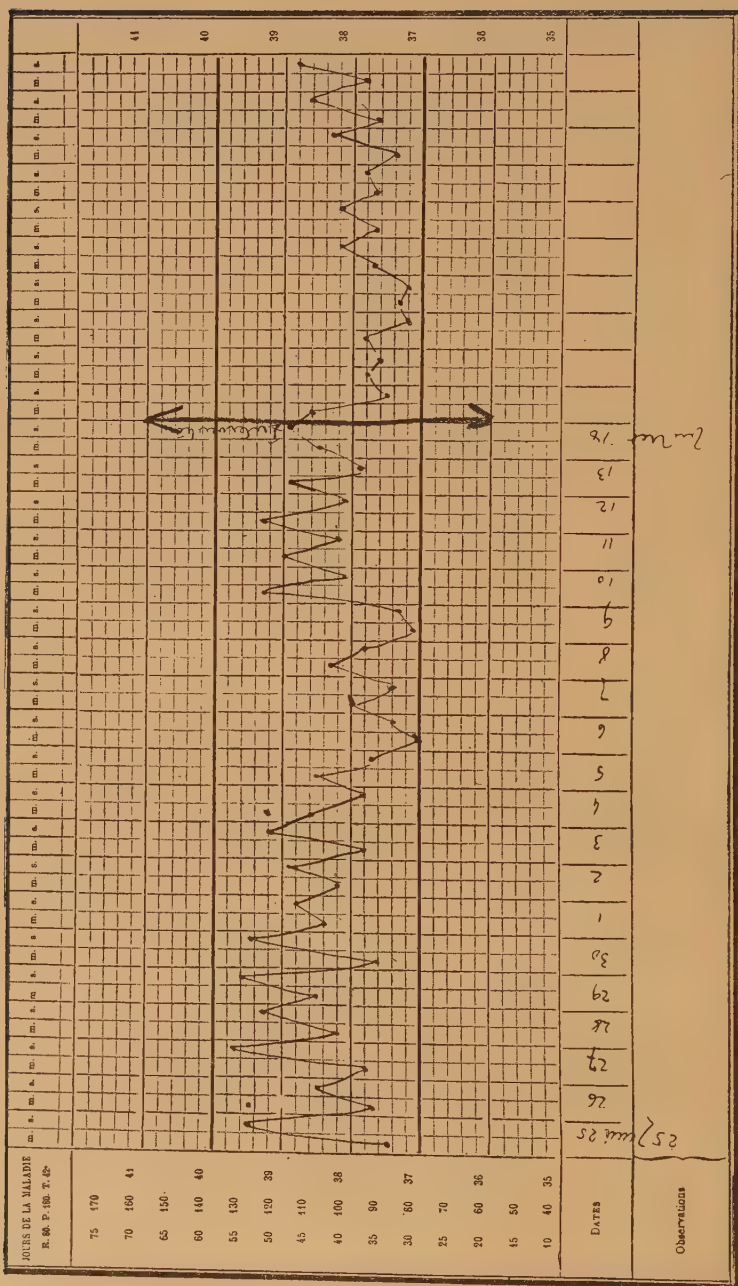
En mai, elle est envoyée pour examens spéciaux au D^r MICHON à Beaujon, mais l'urétéroscopie et la pyélographie ne décèlent d'anomalie d'aucune sorte.

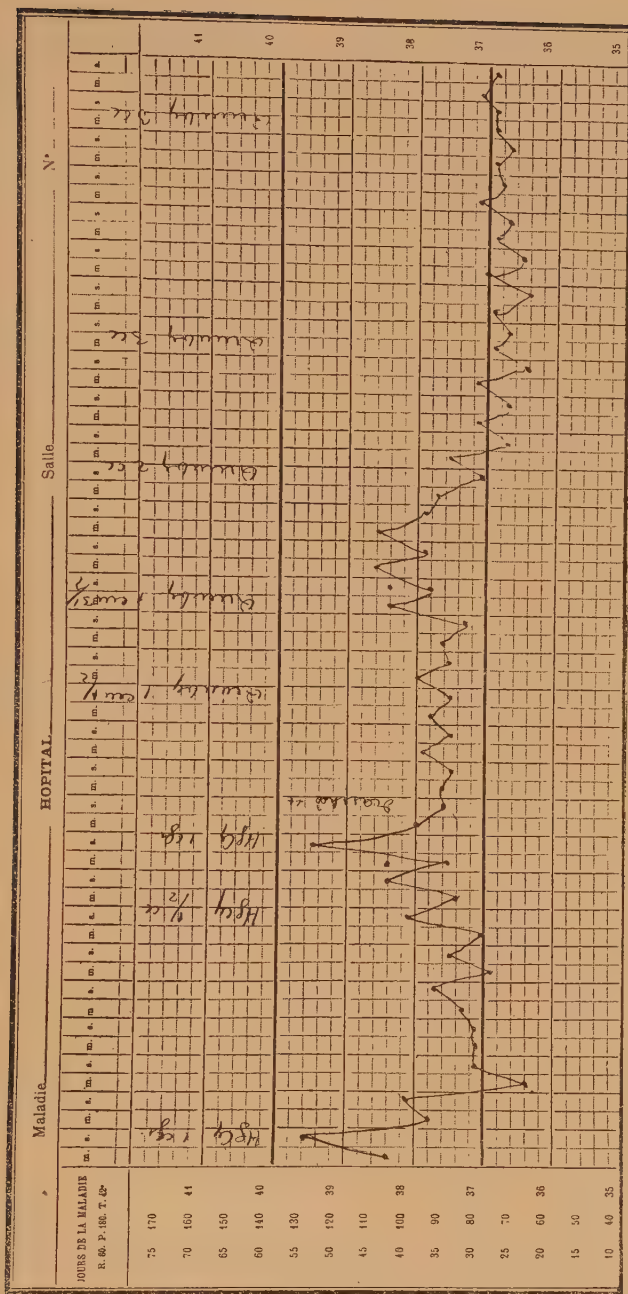
Le 25 juin enfin, elle rentre à Laënnec car une élévation irrégulière mais constante depuis une semaine, de sa température qui dépasse parfois 39°, coïncidant avec des douleurs de l'hypocondre droit ont fait penser qu'elle était atteinte de cholécystite.

A son entrée, on se trouve en présence d'une malade très pâle, amaigrie, avec langue saburrale, sans aucun signe d'ictère.

La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls est en rapport avec la température, petit mais régulier.

L'examen pulmonaire ne révèle rien d'anormal.





A l'examen de l'abdomen, on note une cicatrice d'appendicectomie antérieure, il n'existe aucune voussure et le ventre respire bien.

A la palpation, il n'existe aucune zone de contracture, on réveille une douleur très vive dans la région péri-ombilicale et dans l'hypocondre droit, surtout au point vésiculaire. Là, on sent très nettement une masse lisse, arrondie, à contours très nets, de la taille d'une petite orange qui se perd sous les fausses côtes, mobile avec la respiration, mate à la percussion et qui a le contact lombaire.

Toutes ces recherches sont extrêmement douloureuses.

L'examen du sang montre un nombre de globules rouges et de globules blancs absolument normal, le taux de l'hémoglobine est de 80 %.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines, les réactions de Hay et de Gmelin se montrent négatives. La cuti-réaction est très faiblement positive.

On fait le diagnostic de cholécystite aiguë et on applique une vessie de glace sur la région vésiculaire. Pendant 10 jours les oscillations de la température entre 38,2 - 38,5 et 39 - 39,6 vont se maintenir, et chaque soir la malade présentera un accès douloureux à caractères de coliques sans irradiation, sans vomissements. Puis, pendant 3 ou 4 jours, les choses sembleront s'arranger et la température se maintiendra entre 37° et 38° pour reprendre bientôt son caractère oscillant et remonter brusquement à 39°.

Devant ces faits, on demande au chirurgien d'intervenir et la malade est passée en chirurgie pour cholécystectomie (D^r AUVRAY).

A l'intervention pratiquée le 18 juillet, on a la surprise de trouver une vésicule absolument normale, petite, souple, libre de toute adhérence, dans laquelle on palpe deux petits calculs. Le péritoine ne présente aucune réaction inflammatoire à ce niveau. Mais sur le foie apparaissent plusieurs noyaux jaunâtres dont l'un assez volumineux est paravésiculaire et en a imposé à l'examen pour une grosse vésicule. On porte le diagnostic de syphilis hépatique et la biopsie d'un petit noyau permettra d'affirmer histologiquement ce diagnostic.

Dès le lendemain de l'intervention, la douleur vespérale cesse d'apparaître, les suites opératoires sont parfaitement normales et la température redevient normale mais le 1^{er} août elle est remontée graduellement vers 39°, 39°6 et la malade accuse une céphalée très intense.

Pendant ce temps, les examens sérologiques démontrent des réactions de B. W. et de Hecht très fortement positives et le 3 août la femme est mise au traitement mercuriel que l'on doit interrompre à cause de diarrhée sanglante et remplacer par du Quinby mieux supporté.

Très rapidement, comme le montre la feuille de température, la fièvre est tombée progressivement et n'a plus reparu. En même temps, les signes fonctionnels ont complètement disparu, l'état général s'est très rapidement amélioré, la malade s'est un peu recolorée et à sa sortie de l'hôpital, elle avait engraisé de 5 kgs.

Un interrogatoire soigneux, aussi bien de la malade que de son mari, n'a jamais pu faire retrouver le moindre antécédent de syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann du mari s'est montrée négative.

HISTORIQUE

« Ma première observation, ma première erreur, si vous le voulez, remonte fort loin, à 22 ans, et la malade d'alors vit toujours, en excellente santé. Je la revoie de temps en temps, et chaque fois, nous commémorons ensemble la situation grave, et quasi désespérée, dans laquelle elle se trouvait en 1892 ».

Si LEJARS fut certainement un des premiers, dans le temps, à être instruit de cette forme si particulière de la syphilis du foie, il ne publia pas son observation personnelle à l'époque et c'est à LEGUEU qui, dans la littérature, apparaît comme ayant été le premier à parler de cette affection.

C'est au Congrès de Chirurgie de 1901 qu'il rapportait deux cas de syphilis hépatique pour lesquels il était intervenu et les examens histologiques des biopsies confiées à LETULLE venaient encore ajouter à l'intérêt de la présentation.

STEINER reprenait ces cas dans sa thèse de 1901, y ajoutant d'autres observations de syphilis du foie ayant donné lieu à des interventions chirurgicales.

En 1902, LILIENTHAL publiait le cas d'une gomme suppurée du foie au voisinage de la vésicule d'interprétation difficile avant l'opération et qui, par les véritables accidents « biliaires » qu'elle avait pro-

voqués, avait encore accru les difficultés du diagnostic.

Mais dans un important article RIEDEL, en 1904, étudiait la syphilis fébrile du foie, et de la vésicule et des voies biliaires et à l'aide de plusieurs observations, insistait sur les cholécystites syphilitiques à distinguer des cholécystites calculeuses et des cholécystites sans calcul.

L'année d'après, et en Allemagne aussi, KÖNIG insistait sur les formes hépatiques de la syphilis dans le diagnostic des tumeurs abdominales. Dans un des 3 cas relatés, la masse du foie occupait le bord antérieur du lobe droit, s'en détachait nettement, et donnait l'impression d'une grosse vésicule.

SCHRAGER, en Amérique, publiait en 1912 une belle observation que nous verrons, et, en 1914, LEJARS reprenait tous ces cas antérieurement publiés et à l'aide d'observations personnelles qu'il ajoutait, donnait une belle clinique chirurgicale pleine d'enseignement.

En 1916, 1921, 1923, la question de la syphilis hépatique à forme anormale anima plusieurs séances de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et plusieurs cas furent présentés et discutés successivement par QUEYRAT au point de vue radiologique, au point de vue clinique par GILBERT, CHIRAY et Alfred COURY, ACHARD, DUFOUR, puis DÉNECHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULON, pour aboutir à la thèse de ce dernier en 1923.

Qui s'intéresse aux syphilis viscérales se doit de relire le très beau livre de GRENET LEVENT et PELLIS-

SIER, de 1927, qui résume toutes les connaissances qu'a pu accumuler une expérience personnelle et patiente sur la question.

Puis l'intérêt sur ce sujet semble s'être ralenti depuis lors, et ces dernières années, seuls quelques articles étrangers ont paru ici et là, que malheureusement il ne nous a pas été possible de consulter tous, observations séparées seulement, sans aucun travail d'ensemble qu'à notre connaissance il soit fructueux de consulter.

OBSERVATIONS

Ayant déjà relaté le cas qui nous a incité à ce travail, nous continuerons en rapportant maintenant les observations des auteurs sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour prendre une vue d'ensemble de la question et nous les donnons par ordre chronologique.

Nous présenterons tout d'abord l'Observation de LEJARS, de 1892, qui ne fut publiée qu'en 1914, mais qui à l'époque où il la recueillit, l'instruisit pour toujours de l'affection.

OBSERVATION II.

LEJARS, 1914 (*Observation I*).

Cette femme avait une trentaine d'années, amaigrie, ictérique, elle souffrait depuis 6 mois, de douleurs intenses se répétant par crises, dans la région sous-hépatique; ces crises s'accompagnaient de brusques ascensions thermiques à 38°9, 39°, et au cours des dernières semaines, la fièvre reparais-sait chaque soir. Sous le bord antérieur du foie, dans la zone vésiculaire on percevait, et l'on voyait même, soulevant la paroi amincie, une masse vaguement arrondie, grosse comme une orange, de consistance ferme et sensible au palper. Etait-ce une cholécystite calculeuse avec péricholécystite ? Je le pensais d'abord. J'intervins et je découvris une tumeur blanchâtre, dure, occupant le bord antérieur du foie et la

partie adjacente de la face convexe; cachée au-dessous, la vésicule était toute normale. La surface hépatique ne présentait aucun autre point suspect. Quelle était la nature de cette tumeur ? L'induration, l'aspect bosselé, les accidents signalés tout à l'heure, l'amaigrissement me firent admettre qu'il s'agissait d'une tumeur maligne; j'ajoute que l'examen et l'interrogatoire les plus minutieux n'avaient révélé aucune trace de syphilis. Je fermai le ventre et je portai le pronostic le plus sombre. Eh bien ! l'état général et local s'améliora peu à peu et le traitement spécifique acheva la guérison. Dix ans plus tard, mon ancienne opérée venait me montrer une gomme du tibia qui, elle, fut reconnue tout de suite, et guérit très vite par le traitement. Depuis lors, nulle autre manifestation n'a paru.

OBSERVATION III.

Obs. de LEGUEU, 1901.

Femme de 51 ans que j'ai opérée tout dernièrement en Août 1901, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade venait à l'hôpital pour douleurs abdominales qu'elle ressentait depuis quelque temps en même temps qu'elle perdait ses forces.

A l'examen de l'abdomen, on trouve les deux reins mobiles, mais au devant du rein droit, lorsqu'il a été d'abord fixé dans sa situation normale on sent une volumineuse tumeur. Celle-ci correspond au bord externe du muscle droit et à la région de la vésicule biliaire; elle est lisse, régulière et arrondie. Elle est peu douloureuse au toucher; elle se déplace avec les changements d'attitude mais conserve toujours son point d'attache comme un large pédicule dans la région hépatique.

Cette tumeur semblait faire partie intégrante du foie, je pensais qu'elle était constituée par la vésicule biliaire dilatée et kystique.

Le passé de notre malade n'était guère de nature à nous éclairer.

A l'âge de 18 ans, elle avait eu des accès d'épilepsie pour lesquels elle avait été soignée à Ste-Anne; depuis lors ces attaques se renouvellent à peu près régulièrement tous les mois.

Il y a une vingtaine d'années, la malade a eu un ictère et des attaques de coliques hépatiques qui ne se sont pas reproduites depuis.

Elle nie tout accident syphilitique : elle n'a eu aucune éruption, mais elle a perdu ses cheveux et a des céphalées nocturnes. Il y a 2 ans d'ailleurs, elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou; cette tumeur disparut par des frictions mercurielles et par le traitement ioduré. Depuis 5 ou 6 ans, la malade se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit; ces douleurs coïncident avec des périodes durant lesquelles la miction est difficile : la malade reste parfois 24 heures sans uriner, d'autres fois elle urine toutes les 10 m. Son urine est souvent très colorée, ces phénomènes sont sous la dépendance du rein mobile.

Mais en est-il de même des douleurs dont elle se plaint actuellement; et de la tumeur qu'elle présente ? Non, la tumeur est absolument indépendante du rein, elle fait partie du foie et bien qu'il n'y eut que peu de symptômes, je crois qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire et j'opérai le 9 août 1901.

Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit.

L'abdomen ouvert, je vois un lobe flottant du foie et largement pédiculé sur la partie droite du lobe droit. La vésicule biliaire est indemne, non dilatée : mais à la face inférieure du lobe flottant je trouve 2 épais noyaux fibreux un peu comme des noyaux du cancer. Je suppose que ce sont des noyaux de syphilis et je me propose d'exciser tout le lobe flottant..... J'excise toute la partie exubérante du foie avec les noyaux qu'il contient..... L'opération a duré à peine 1/2 heure.

La malade a supporté très bien cette opération; les suites

furent simples et apyrétiques..... La malade quitta l'hôpital au bout de 4 semaines.

L'examen histologique du lobe enlevé a été fait, mes suppositions sont exactes : il s'agit bien de syphilis hépatique.

Voici les cas que RIEDEL *publiait en 1904* :

OBSERVATION IV.

Mme Auguste B..., âgée de 52 ans, entrée le 24-9-1893.

Enfance normale, 2 enfants naturels de père différent. Mariée, a eu depuis 5 enfants, tous bien portants. Pas d'avortements. Depuis un an elle accuse des douleurs dans la région hépatique, souvent si aiguës que la malade a dû se coucher par terre. Des vomissements fréquents, souvent des frissons. Pas d'ictère. Depuis cinq jours, de nouveau des douleurs violentes et des vomissements.

Actuellement ; état général médiocre. Matité hépatique commençante au niveau de la 4^e côte s'étendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord sur la ligne mamelonnaire. On palpe et l'on peut même voir la tumeur tendue de la vésicule. Le lendemain soir, ascension à 39° pour retomber à la normale après administration d'un purgatif. La vésicule diminue de volume dans les jours suivants. On pose le diagnostic de lithiase vésiculaire.

27 sept. 1893. — Incision. Vésicule remplie de bile épaisse, mais sans calculs. Adhérences s'étendant loin sur épiploon et duodénum. Le lobe droit du foie contient de nombreux nodules gris blanchâtres, quelques-uns de la taille d'une petite pomme. La séreuse est couverte de formations pseudo-membraneuses et de cicatrices; les dépôts fibrineux sont particulièrement nombreux entre foie et diaphragme, ils paraissent presque mous et purulents. Incision au niveau du fond de la vésicule. Il ne sort qu'une bile épaisse, c'est pourquoi on ferme avec du catgut. Fermeture complète de la paroi. Suites normales. Iodure de k.

28/10. — Sort du service. Foie non augmenté de volume. Aucun trouble, cependant aspect fatigué.

25/9/1894. — Revue en plein état de santé après administration de io. de K. pendant 6 mois.

15/11/1903. — Revue. Cicatrice courte et rugueuse au-dessous du rebord costal. Foie tout à fait normal. N'a plus jamais eu des douleurs dans la région hépatique. Aptitude normale au travail. Aspect meilleur qu'on ne le trouve habituellement chez des ouvrières autour de la soixantaine. L'année dernière, admission dans la clinique gynéc. pour possibilité de l'existence d'un sarcome utérin. Soupçon non confirmé.

Cette malade offrait donc le tableau typique d'une cholécystite due à un calcul dans le col de la vésicule. Depuis un an elle présentait des crises douloureuses de la région hépatique avec vomissements et frissons. Température à 38°2 — respiration, 39° le soir. Qu'est-ce qu'on pouvait envisager d'autre qu'une cholécystite avec contenu séro-purulent de la vésicule ? Mais c'était faux. La vésicule ne contenait qu'une bile épaisse, était adhérente à l'épiploon et au duodénum. Au moment de l'opération, elle était affaissée et la présence de dépôts fibrineux récents sur le foie indiquait l'existence d'un processus infectieux récent dans le voisinage immédiat de la vésicule biliaire. Les constatations faites au niveau du foie étaient tout à fait caractéristiques, de sorte que le diagnostic de syphilis était indiscutable malgré l'absence de tout antécédent direct. Cependant, la malade semble avoir mené pendant sa jeunesse une vie assez désordonnée et parmi ses nombreux amants, un a dû être syphilitique et l'affection a passé inaperçue comme cela arrive si souvent.

L'efficacité du iodure de K. et le fait que la malade s'est bien portée les dix ans consécutifs à la fermeture immédiate de la vésicule sont tout à fait en faveur de la syphilis.

Les deux cas suivants étaient plus clairs déjà avant l'intervention :

OBSERVATION V.

Louise K..., âgée de 38 ans, entrée le 7/6/1896. Bien portante pendant l'enfance. Mariée à l'âge de 23 ans. Un premier avortement au 5^e mois de la grossesse. Les deux enfants suivants nés à terme, mais morts dans les premières semaines, les deux suivants sont vivants, le cinquième est mort dans des convulsions peu après la naissance.

La maladie actuelle de la patiente a commencé six mois après son mariage. Elle a eu des crises de pesanteurs épigastriques violentes, des vomissements, du ballonnement abdominal; de la rétention des matières. Les douleurs irradiaient dans l'épaule droite et dans le dos; les urines étaient brunes foncées, de même les matières. Les crises duraient jusqu'à trois jours. Pendant les premières années, elle n'avait d'accès qu'au printemps et en automne; depuis 4 ans, elle a eu 3 à 4 crises par an. Les douleurs allaient en empirant. La malade criait si fort qu'on pouvait l'entendre dans tout le village. Mais aussi entre les crises elle souffrait d'une douleur sourde, ne supportait pas de vêtements exerçant une striction sur l'abdomen et avait des douleurs à chaque pas. Elle dit avoir eu une fois de l'ictère. Au cours de la maladie elle a maigri de 15 livres.

Actuellement : faciès pâle et souffrant. Abdomen plat. Vésicule non palpable, mais douleur à la pression. Foie de volume normal. Pas d'albumine dans les urines. Traitement diététique prolongé sans efficacité.

21/6/1896. — Incision à travers le droit. Vésicule grande et flasque, courbée en s, adhérences étendues en bas avec le duodénum. Une frange épiploïque croise obliquement le pyllore et adhère au foie au voisinage du col de la vésicule.

Le lobe gauche du foie montre au niveau de son bord antérieur des nodules blanc-grisâtres de la taille d'une lentille et plus haut on aperçoit sur la face antérieure deux nodules blanc-grisâtres déprimés en leur centre. Lobe droit normal.

Cystique et cholédoque normaux.

Libération de toutes les adhérences, libération du pylore de la frange épiploïque.

Conservation de la vésicule.

Son fond est devant le foie. Fermeture de la paroi.

Suites. — D'abord des douleurs violentes. Mais le poulx est bon, pas de température.

Le 26 : crise douloureuse comme les antérieures, le lendemain vomissements dans lesquels on trouve un ver intestinal. Cessation des douleurs épigastriques.

Le 15/7 : de nouveau des douleurs abdominales et des nausées. Sort de l'hôpital. Prescription de iodure de K.

Le 27/6/1898 : la malade consulte à nouveau. Elle était bien portante jusqu'à Pâques 1898, puis les anciens troubles recommençaient. Fin Novembre 1903, la malade communique qu'elle souffre constamment et aucun médecin ne peut lui aider. Le médecin traitant indique plus tard, les faits suivants : en automne, la malade a eu un ictère léger, un foie modérément augmenté de volume, douleurs dans l'épigastre et dans l'hypocondre droit et elle accusait de violentes céphalées frontales. Actuellement, on peut palper nettement le bord inférieur du foie. La malade se sent à peu près bien, mais elle a encore de temps en temps des douleurs abdominales et quelquefois des vomissements. La digestion est irrégulière. L'état général est médiocre.

OBSERVATION VI.

Vve Pauline K..., 52 ans, entrée le 20/2/1901. Enfance normale. Mariée avec un homme qui refusait de voir un médecin parce que cela le gênait.

Les trois premiers enfants sont bien portants, les trois suivants sont nés avec une éruption; deux sont morts rapidement. Depuis des années elle souffre de l'estomac, souvent aussi elle a eu des troubles vésicaux, des mictions impérieuses. La malade est envoyée avec le soupçon d'une tumeur rénale. Depuis Octobre 1900 elle a des crises douloureuses épigastriques.

Actuellement : faciès pâle. Sous le bord inférieur du lobe droit du foie, on palpe une tumeur volumineuse qui est ou une vésicule augmentée de volume ou un rein mobile fixé dans une position normale. Le ballonnement intestinal est contre la dernière hypothèse.

Le 23/11/1901 : l'incision montre un grand foie avec des taches grises. Le lobe droit a dégénéré en une véritable tumeur. La vésicule est petite, molle, adhérant fortement au duodénum et au pylore. Le côlon transverse adhère fortement à la vésicule et sur une grande étendue à la face inférieure du lobe droit du foie. Le rein est haut situé, sous le foie, loin du duodénum. On constate des traces cicatricielles sur le petit épiploon. Libération complète des adhérences. Extirpation de la vésicule. Pas de tampon.

Suites normales. Sort guérie. Prescription de iodure de K.

La malade consulte encore plusieurs fois. Tout d'abord, elle allait bien. Puis, après interruption du traitement, elle a de nouvelles crises tous les trois à quatre mois. D'après sa lettre de Nov. 1903, la dernière crise date du mois de Mars de la même année. Tout dernièrement sont apparues des douleurs dorsales.

OBSERVATION VII.

Obs. de LEJARS, 1914.

Une femme de 40 ans, amaigrie, pâle, nous était adressée en Mai dernier pour une tumeur sous-hépatique, occupant semble-t-il, le siège de la vésicule biliaire, arrondie, ferme, de surface lisse, et très peu sensible au palper. La malade ne s'en était aperçue que depuis un mois; elle n'avait aucune histoire lithiasique nette; pourtant la tumeur ressemblait singulièrement à une vieille cholécystite chronique calculeuse; j'ajoute que l'on eut à constater, deux jours après l'entrée, une brusque ascension thermique à 39°, qui du reste, n'eut pas de lendemain. Donc, j'interviens, m'attendant à rencontrer une vésicule de ce genre, peut-être cancérisée secon-

dairement. Je trouvai une masse, grosse comme un poing d'enfant, adhérente à la paroi et à l'épiploon, jaunâtre, et qui se prolongeait, à droite, par une autre bosselure saillante à la face convexe du foie; la vésicule, masquée par la tumeur proéminente n'était saine et le cystique perméable. Hésitant entre la gomme et le néoplasme, j'excisai en coin une partie de cette tumeur et je réunis ensuite les deux lèvres de la brèche. Le tissu prélevé était blanc, compact, d'aspect fibreux, très peu vascularisé; il fut examiné par M. RUBENS-DUVAL, qui conclut nettement à la syphilis. La malade a guéri simplement de l'intervention et s'améliora peu à peu, lentement, par le traitement spécifique.

OBSERVATION VIII.

Obs. II de GILBERT, CHIRAY et ALFRED-COURY, résumée par les auteurs eux-mêmes.

Hépatite scléro-gommeuse hypertrophique, fébrile depuis six ans sans gros retentissement sur l'état général, confondue successivement avec une tuberculose pulmonaire, du paludisme, une hépatite amibienne, une cholécystite. La laparotomie confirme le diagnostic clinique d'hépatite syphilitique. Guérison définitive de la fièvre après cinq piqûres mercurielles.

S..., habitant Alexandrie, vient le 3 août 1920 consulter pour une fièvre datant de six ans, demander de le confier, s'il y a lieu à un chirurgien, en vue d'une cholécystectomie jugée définitive, indispensable par de nombreux médecins que le malade a déjà consultés. D'un volumineux dossier médical que nous soumet celui-ci, nous ne retiendrons que les renseignements essentiels suivants :

Depuis Juin-Juillet 1914 le malade présente une fièvre persistante presque continue avec exacerbations vespérales atteignant parfois 40° et des rémissions matinales incomplètes. A des périodes fébriles de plusieurs mois durant lesquelles la température affectait différents types : intermittent à

petites oscillations, à grandes oscillations, rémittent, succédaient de rares périodes de rémissions, toujours incomplètes et d'une durée dépassant rarement quelques semaines après lesquelles, de nouveau, la température atteignait les chiffres élevés de 39°, 39°5 et quelquefois 40°. Dans les premiers temps, cette fièvre obligea le malade à s'aliter; plus tard il put, sauf dans les périodes, vaquer, dans une mesure restreinte d'ailleurs, à ses occupations habituelles.

Certaines ascensions thermiques étaient accompagnées ou suivies de transpirations assez abondantes. Fièvre continue avec poussées fébriles élevées ne paraissent pas cependant avoir gravement altéré l'état général. Le malade n'avait maigri pendant ses six années de fièvre que de 5 kgs, son appétit était resté bon, ses forces et son activité relativement peu atteintes. En dépit de nombreux examens de laboratoire, dont un Wassermann restés tous négatifs, le malade habitant un pays où règne endémiquement le paludisme, la fièvre de Malte et la dysenterie, est tour à tour considéré comme atteint de ces différentes affections et subit sans aucun résultat d'ailleurs un traitement antipaludéen, puis anti-amibien énergique et prolongé. Bien qu'on n'ait pu relever dans ses antécédents, si loin qu'on y remontât, une atteinte dysentérique avérée, c'est vers le diagnostic d'amibiase, que les autres diagnostics n'étant pas confirmés, et qu'étant donné l'état du foie augmenté de volume et légèrement douloureux, on se trouva orienté pendant le plus longtemps. L'échec du traitement anti-amibien ajouté à l'échec des autres traitements fit porter des réserves sur le diagnostic d'amibiase, et malgré l'absence d'antécédents lithiasiques ou d'une maladie infectieuse antérieure, les médecins sans abandonner définitivement l'hypothèse d'un abcès du foie, s'arrêtèrent au diagnostic de cholécystite. Son état ne s'améliorant pas, le malade vint en Europe. En Italie, le diagnostic de cholécystite vraisemblablement calculueuse rallia les suffrages les plus autorisés. Une cure à Montecatini fut prescrite et en cas d'échec de celle-ci, l'ablation de la vésicule. Montecatini n'ayant en rien modifié la situation, bien au contraire, le malade vint à Paris.

Dès le premier examen, l'attention est attirée par l'état de la vésicule qui ne présente aucune modification appréciable de forme, de consistance ou de sensibilité. Mais par un accroissement manifeste du volume et de la consistance du foie, beaucoup plus marqué au niveau de la région supra-vésiculaire et de la région épigastrique; où la surface du foie paraissait nettement plus dure, plus irrégulière et légèrement douloureuse.

Instruit par une précédente expérience et suspectant la syphilis, bien que le malade ne présentât aucun stigmate, nous faisons faire malgré ses dénégations énergiques et un précédent Wassermann resté négatif, un nouveau Wassermann. Ce dernier se montre fortement positif. En dépit de nos assurances les plus optimistes et du conseil que nous lui donnons de surseoir à l'intervention chirurgicale dont il était hanté, en attendant l'effet du traitement spécifique dont nous lui faisons, le 9 août, une première piqûre de cyanure, le malade, las des nombreux traitements suivis, et peu confiant dans les ressources de la médecine, se fait opérer le 19 août.

Nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à l'éminent chirurgien qui l'opéra et qui voulut bien nous remettre une note à ce sujet : « Anesthésie au protoxyde d'azote. Laparotomie en L découvrant largement la vésicule par voie rétrograde. Vésicule ne contient ni pus ni calcul. Foie à surface parsemée de nombreuses saillies de la grosseur de petites noix réunies entre elles par des raghades. Il s'agissait nettement d'un foie syphilitique. Dans les huit jours qui ont suivi l'opération, la température est restée à 38°—38°5. Au troisième jour après l'intervention, l'institution du traitement antisyphilitique (cyanure). *Quatre à cinq jours après, la température céda et ne reparut plus* ».

OBSERVATION IX.

L'Obs. de GRENET, LEVEUF et PELLISSIER peut se résumer ainsi :

Une femme de 45 ans, une marchande de poissons aux Halles, grande buveuse avant d'être examinée par les auteurs avait été opérée une première fois en 1919 pour une vésicule biliaire « quelques adhérences autour de la vésicule biliaire; pas de calcul. On referme après une simple exploration » dit le registre opératoire.

Bien portante jusqu'en 1922, les douleurs reprennent avec du subictère. On trouve un gros foie douloureux avec aussi une grosse rate, mais on opère cette fois avec le diagnostic de kyste hydatique qui vient démentir l'intervention et des réactions sérologiques permettant enfin d'étiqueter ce foie étrange syphilitique.

Mais on ne s'en tient pas là et revenue une troisième fois à l'hôpital l'année d'après, mais dans un autre service, on renouvelle la laparotomie exploratrice pour encore une fois ne pas trouver le kyste hydatique cette fois encore incriminé.

Finalement confiée au médecin, elle est très améliorée par le traitement antisiphilitique, mais ne peut accepter la contrainte que lui impose ainsi l'abstinence et elle est perdue de vue.

A toutes ces observations de pseudo-cholécystites aiguës, nous avons joint d'autres observations de syphilis tertiaire du foie ayant simulé des abdomens urgents et entraîné à l'opération.

Mais tout d'abord nous rapporterons un cas de MITCHNER où l'affection gommeuse, pour être pancréatique, n'en avait pas moins donné des signes physiques de cholécystite aiguë comme dans les gommès hépatiques.

OBSERVATION X.

Obs. de MITCHINER.

Femme mariée, 48 ans, admise à l'hôpital avec histoire douleurs abdominales aiguës datant de 24 heures et vomissements.

Jusqu'en Nov. 1921 bien portante, depuis, accès de douleurs abdominales partant de l'épigastre à région scapulaire droite avec vomissements. Ces attaques se rapprochaient et devenaient plus aiguës. Jaunisse suivant 1 ou 2 de ces crises. Un enfant 9 ans et depuis une fausse couche, Marie, bonne santé, vivant.

Crise actuelle la plus sévère, début intense épigastrique irradiant à l'épaule droite, vomissements intenses. Arrêt des selles depuis deux jours; à l'examen, femme bien nourrie mais anémique, léger subictère. Pouls 110 petit. Température 37°6. Langue sèche et sale. Collapsus, douleurs intenses. Abdomen ne respire pas, épigastre rétracté. Contracture nette du côté droit, spécialement dans l'hypocondre. La palpation en ce point décèle une sensibilité extrême, plus forte à la palpation profonde. Réflexes abdominaux absents à droite. Péristaltisme étendu dans tout l'abdomen. Dans l'hypocondre droit une masse perçue sortant du rebord costal. Mal limitée, fixe et sensible à palpation. Ne suit pas les mouvements respiratoires.

Diminution de respiration à base droite, pas d'autre signe.

Diagnostic : cholécystite aiguë avec perforation.

Opération : incision sous-costale droite, vésicule normale, un peu de liquide péritonéal. Dans la tête pancréatique, masse dure comme de la pierre, de la grosseur d'un poing, bien délimitée en bas et à droite, mais s'étendant derrière le pylore et l'estomac et se joignant à une large masse fixe dans le ligament gastro-hépatique.

A première vue, suggère carcinome, mais n'est pas fixé à parois abdominales postérieures duodénum ou estomac. Il y avait cependant constriction de partie pylorique, d'estomac due à la fibrose de la tuméfaction à ce niveau.

Incision de masse ligamentaire, irruption d'une « » de matière grumeuse teintée de sang, une récente hémorragie ayant dû avoir lieu là. Biopsie. Fermeture.

Diagnostic d'affection gommeuse. Wassermann.

Vomissements cessent, guérison. W. ++.

Examen microscopique : masse d'épiploon et tissu fibreux montrant une inflammation extensive chronique et infiltration cellulaire ronde probablement gommeuse.

OBSERVATION XI.

Obs. de DÉNÉCHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULOU.

Il s'agit d'un homme, M. G..., âgé de 31 ans, chauffeur d'automobile, d'antécédents héréditaires excellents, ayant un frère et une sœur bien portants; une autre sœur est morte à 4 ans, du croup. Personnellement, l'on ne note chez lui qu'une rougeole; puis, pendant le service militaire, une scarlatine sans albuminurie. Il fait la guerre dans l'infanterie et n'est ni blessé ni malade. Marié depuis trois ans, il a un enfant de 17 mois, bien portant; sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Le 29 juin 1922, en pleine santé, il est pris à 10 heures du soir, dans son premier sommeil, d'une douleur extrêmement violente, au creux de l'épigastre, dans tout l'hypochondre et le flanc droits, s'irradiant en ceinture : c'est, dit-il, une véritable sensation d'étau, jamais ressentie jusque-là, qui l'étreint d'avant en arrière, qui le réveille en sursaut, le fait s'asseoir sur son séant, provoquant une contraction de tout son être. On ne présente pourtant ni vomissement, ni arrêt des matières et des gaz, ni diarrhée. Cette douleur persiste toute la nuit ainsi que le lendemain matin. Le Docteur M..., appelé en hâte, ne constate qu'une très légère température 37°6, pas de réaction de défense dans la région appendiculaire, mais une douleur nette, au palper, dans la région de la vésicule et un foie très volumineux. Les urines sont normales, il n'y a pas d'ictère.

Très rapidement, ces phénomènes s'atténuent et disparaissent en 48 heures; G... semble guéri et est sur le point de reprendre son travail, lorsque le cinquième jour, la même crise réapparaît à 9 heures du matin, aussi intense que la première, s'accompagnant d'un certain degré d'angoisse respiratoire et de gêne précordiale. Le faciès est mauvais, le pouls un peu fréquent, la douleur horrible. La réaction douloureuse dans la région du foie s'accroît au palper. En présence de ces symptômes, le médecin pensant à un abcès du foie fait venir d'urgence un chirurgien qui, devant l'intensité des phénomènes douloureux la résistance au palper, la douleur provoquée dans la région sous-hépatique, pense à un abcès sous-phrénique, et pratique sans retard une laparotomie. A sa surprise, il ne trouve aucune lésion du péritoine, aucune fausse membrane; il y a encore moins d'abcès collecté. Par contre, le foie apparaît énorme, un peu rouge, mais lisse et régulier; il n'y a ni bosselure, ni voussure. Les ponctions exploratrices le montrent un peu dur, sans trace d'abcès. L'on referme. Les suites opératoires sont d'ailleurs régulières. Cette intervention, parfaitement supportée, paraît avoir amélioré le patient qui ne souffre plus; il peut s'asseoir, il urine régulièrement, ne présente pas d'ictère; son appétit, un moment disparu semble renaître. Il peut se lever le 14 juillet. Le lendemain pourtant, il ressent une tension très pénible à l'épigastre et dans le flanc droit, avec une gêne respiratoire marquée. Il doit s'aliter, présente de l'œdème et va vers une cachexie rapide. C'est pour ces troubles qu'il entre, sur le conseil du chirurgien, à la clinique médicale d'Angers.

A son entrée, le 29 juillet, l'on est en présence d'un homme extrêmement amaigri, pesant 62 kgs, présentant de l'œdème des cuisses, du tronc et de la région rénale, œdème blanc, mou et indolore. Sa dyspnée est marquée; au repos, l'on note 32 respirations à la minute, sans modification du type respiratoire; sa température oscille entre 38° et 39°; ses urines atteignent 600 cm³ par 24 heures, hautes en couleur, sans albumine ni pigments biliaires. Au premier examen, l'on est surpris du développement considérable de la région

supérieure de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax; il existe, à ce niveau, un véritable évasement et une saillie de l'épigastre. La percussion montre un foie énorme, remontant à la 4^e côte, et descendant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; son bord inférieur est senti assez difficilement de par la résistance de la paroi; il semble dur, régulier, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe droit. La mensuration donne 18 cm., à la fois sur la ligne axillaire, sur la ligne mamelonnaire et sur la ligne parasternale; 14 cm. seulement sur la ligne médiane. Sa face antérieure dans la partie débordante, semble lisse, autant que le palper peut le montrer; ce dernier n'est d'ailleurs que peu douloureux.

Le reste du ventre est tendu; la peau, d'une couleur gris cendrée, présente un peu d'œdème et une légère circulation collatérale porto-cave supérieure. Il n'existe pas d'ascite. Chose intéressante, la rate est volumineuse; elle n'est pas sentie, mais atteint cinq travers de doigt; elle est facile à délimiter en avant et en bas, difficile au contraire en arrière par suite d'une matité pleurale perçue dès le premier jour.

L'examen du thorax, en effet, montre un double épanchement pleural, assez volumineux à droite, remontant à la 4^e côte, limité aux quatre derniers espaces à gauche. La matité est nette, avec une ligne de damoiseau évidente, tournant à droite, restant postérieure à gauche. On constate de l'obscurité respiratoire, un souffle pleurétique un peu fort et rude à droite, doux à gauche, un signe de sou positif. Le cœur semble normal et non dévié. La pression artérielle est basse : 9 et 7 au Lian. Tous les réflexes cutanés, tendineux, oculaires, sont normaux : la langue est belle, pas de leucoplasie buccale, les urines sont normales. Le faciès est pourtant jaune, un peu terreux, la figure est balafrée par une cicatrice de brûlure ancienne.

Devant la dyspnée et la présence d'un double épanchement, le premier soin est d'évacuer la pleurésie droite; la ponction ramène 3/4 de litre d'un liquide citrin; l'examen cytologique montre une lymphocytose abondante, avec hématies nombreuses. Une pneumoséreuse pratiquée immédia-

tement permet un examen radioscopique, mais sans lésions véritables; une obscurité des deux bases pulmonaires, un foie très étalé et très volumineux, un cœur normal, le médiastin peu transparent.

C'est en face de ce syndrome, et après cette histoire complexe, que le diagnostic est discuté; très aidés par la laparotomie exploratrice, nous éliminons toute collection intra ou péri-hépatique, le néoplasme secondaire du foie, un kyste hydatique. Seuls les leucémies, la cirrhose hypertrophique, la cirrhose tuberculeuse, la syphilis du foie, et peut-être le foie amyloïde semblent devoir être retenus. L'absence certaine d'éthylisme, le peu de circulation collatérale, l'absence d'ascite, font éliminer la cirrhose hypertrophique simple, le foie amyloïde pur. L'examen du sang pratiqué le 12 août, donne 5.828.000 globules rouges et 18.290 globules blancs, mais la formule leucocytaire est normale et nous ne saurions incriminer la leucémie.

C'est alors que, en interrogeant minutieusement le malade, nous apprenons de lui, avec peine, qu'il a contracté en 1915, pendant la guerre, une syphilis avec chancre induré traitée par trois injections intra-veineuses de novarsénobenzol; il n'a jamais eu d'accident depuis, a pu finir la campagne, se marier, avoir un enfant bien portant. Il a oublié cet incident, à peine digne d'être rappelé, croit-il, et auquel il n'attache aucune importance. C'est là, pour nous, la pierre d'achoppement du diagnostic : ce foie est syphilitique; il en a l'apparence objective à l'examen clinique, à l'intervention. Il en a surtout la grosse rate; le traitement mis en œuvre nous en fournit, d'une façon presque immédiate la preuve.

Nous lui faisons sans retard un traitement arsenical, intramusculaire, par petites doses répétées. Nous injectons tous les deux jours, 0 gr. 15 de 914 et au neuvième jour, soit à la quatrième piqûre, la température ne dépasse plus 38°; le malade se reprend à vue d'œil, son foie diminue de 3 cm., sa rate également, mais d'une façon moins marquée. Les épanchements pleuraux persistent; le gauche augmente, remontant jusqu'au 5° espace. L'on doit pratiquer quatre ponctions du 1^{er} au 15 août; l'on retire un litre à chaque fois. Le 8 août,

le liquide ramené de la plèvre droite est très nettement hématurique; il sera citrin huit jours plus tard, puis il disparaîtra, laissant des frottements à gauche, avec encore un peu de liquide à droite.

Au 29 août, l'auscultation la plus minutieuse ne montre que quelques frottements aux deux bases, qui disparaîtront dès le début de Septembre.

A partir du 13 août, le 914 sera remplacé par le cyanure en injections intra-veineuses quotidiennes; l'amélioration semble encore plus rapide. La température qui monte, après une ponction à 39°, le 19 août, tombe le 22 et elle restera autour de 37° définitivement. Le foie diminue rapidement; le 19 septembre, il ne déborde plus le rebord costal; il atteint seulement 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La rate diminue également; elle sera de 10 cm. à la fin du mois d'août et le 19 septembre, de 7 cm. 5, tant sur la ligne verticale que transversalement.

Le 23 septembre, G... rentre chez lui; il ne souffre plus; il retrouve son poids normal de 64 kgs 500, il s'alimente régulièrement, le ventre est souple, le foie ne déborde plus, sauf au niveau de son lobe gauche : la rate est un peu grosse. Il continue chez lui une série de traitements, tantôt du muthanol, dont il aura quinze piqûres, tantôt du cyanure, puis du sirop de Gibert. Il reprend son travail dès le début d'octobre et le fait normalement.

Revu en décembre, cliniquement il semble normal, en dehors d'une rate grosse et d'un foie encore senti à l'épigastre. Une radioscopie montre les poumons, avec un peu de sclérose hilaire; mais dans les culs-de-sac s'ouvrent d'une façon normale; le médiastin est un peu voilé; le foie est visible et semble encore volumineux. L'estomac se remplit normalement, il reste collé au foie; son évacuation est régulière.

G... semble guéri, il continue encore un traitement spécifique systématique.

Notons en terminant, que la réaction de Wassermann s'est toujours montrée négative dans le sang, le liquide pleural et le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION XII.

Obs. de DÉNÉCHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULOU.

M. M..., 44 ans, chiffonnier, d'antécédents héréditaires normaux; a un passé personnel assez chargé. A 19 ans, il est pris brusquement de température avec vomissements, céphalée et paralysie complète du membre inférieur gauche et du bras droit. Cette paralysie flasque s'atténue, mais elle persistera en partie et le malade gardera tous les signes d'une poliomyélite. Il avoue un éthylisme assez marqué; il a un enfant de 17 ans bien portant; sa femme n'a pas fait de fausse couche, il nie toute syphilis.

Le 15 mai 1922, étant à un mariage, avant le déjeuner, sans excès alimentaire par conséquent, il est pris de coliques extrêmement violentes, « à crier », au creux de l'estomac, avec irradiations dans la région lombaire et dans le flanc droit. Il doit s'étendre sans tarder; le soir même il vomit avec efforts, vomissements glaireux; il a quelques gaz par en bas, mais est constipé. Il ne peut rentrer chez lui, bien qu'il n'en soit qu'à 8 kms. La température prise sous le bras semble normale. Les jours suivants, les crises se répètent, ayant une intensité extrême; elles sont étiquetées par le médecin : coliques hépatiques, elles en ont l'acuité, la brusquerie, le siège et l'irradiation à l'épaule droite; elles se calment au bout de quelques jours, sans température axillaire, également sans ictère.

Au début de juin, troisième crise, aussi douloureuse, mais sans vomissements, puis ces derniers apparaissent et vont se réitérer, s'accompagnant d'efforts qui amènent quelques filets de sang; ils sont muqueux. En même temps, l'état général se prend; M... maigrit et perd l'appétit. Le médecin constate que son ventre se ballonne, il semble tendu dans sa partie supérieure. Dans la région hépatique l'on voit, vers la fin de juin, alors que le patient est en pleine crise de vomissements, une masse se développer. Devant ces symptômes, en présence des hématuries, l'on porte le diagnostic d'ulcère gastrique calleux, avec périgastrite. Une vessie de glace

est appliquée et semble calmer la douleur. Celle-ci se répète pourtant, toujours extrême; la masse sentie à l'épigastre augmente régulièrement; elle est dure, mate, douloureuse; elle semble siéger au bord droit de l'estomac ou à l'extrémité gauche du foie; elle envahit d'ailleurs ce dernier et suit les mouvements du diaphragme. Il n'y a pas d'albumine, pas de pigments biliaires dans les urines; les selles sont normales. Une radioscopie pratiquée à cette période montre, chose curieuse, un estomac de forme normale, mobile, se remplissant et s'évacuant d'une façon régulière. Un chirurgien est consulté; le médecin veut intervenir, le chirurgien porte le diagnostic de néoplasme de l'estomac propagé au foie et refuse l'intervention. De retour chez lui, malgré l'absence de commémoratifs, le malade est traité par quelques piqûres mercurielles; il n'éprouve aucune amélioration, au contraire, ses matières semblent se décolorer, il devient jaune, sans aucune température d'ailleurs; la tumeur continue à augmenter régulièrement, le diagnostic de néoplasme semble s'imposer.

C'est alors que l'un de nous, appelé en consultation, après examen, constatant ce foie gros, qui atteint l'ombilic, à bord net, dur, mais sans bosselures, une rate hypertrophiée, l'absence d'ascite et de circulation collatérale, en dépit des douleurs réitérées, de la cachexie progressive, préconise un traitement spécifique plus intense : piqûres d'Hectine B journalières, puis d'hectargyre. A la 20^e injection, le malade est transformé, ses douleurs sont disparues, son foie diminue rapidement, il engraisse à vue d'œil. L'ictère disparaît. En moins de huit semaines, le traitement arsenical, puis mercuriel étant continué, cet homme peut reprendre son dur travail, il est complètement guéri. Il garde un foie qui déborde d'un travers de doigt le rebord costal; la rate reste grosse. Mais tout trouble fonctionnel est disparu et son état général est excellent.

OBSERVATION XIII.

Obs. PAVIOT, BERTRAND, CROIZAT et CHEVALIER.

Rupture d'une gomme hépatique avec hématomèse et tableau de perforation d'ulcus.

B., Andrée, 29 ans, entre pour hématomèse + melæna extrêmement abondantes survenues dans la matinée.

Meurt avant d'être opérée.

Autopsie.

Histologie : gomme de l'ovaire.

Porteuse de gommés hépatiques multiples, elle a rompu dans un 1^{er} temps une gomme géante dans ses voies biliaires. Le sang a cheminé par le cholédoque vers le D., comme le prouve le sang reflué de la vésicule. De là, le liquide a passé dans l'estomac et le grêle réalisant l'hématomèse et le melæna qui la firent entrer à l'hôpital. Enfin, dans un 2^e temps, après un intervalle libre de quelques jours, la poche s'est à nouveau rompue, mais cette fois dans le péritoine, par une fissure en coup de curette à la face inférieure du lobe de Spiegel réalisant cliniquement l'allure d'une perforation avec hémorragie interne.

Cet ensemble de circonstances devait infailliblement faire porter le diagnostic d'ulcère gastrique du duodéal avec énorme hémorragie gastro-intestinale et dans un second épisode la perforation cataclysmique.

Nous n'avons trouvé relaté dans aucune observation l'existence d'une hématomèse ou d'un melæna au cours des ruptures de gommés hépatiques et cette observation est unique en son genre, vu les difficultés insurmontables de diagnostic qu'elle présentait du fait de ce symptôme tout à fait anormal, seul l'absence du passé gastrique aurait pu faire réserver le diagnostic d'ulcère.

OBSERVATION XIV.

AARON FELDMANN (cas de syphilis du foie simulant l'abdomen aigu chirurgical).

H... Blanc, non marié, de 20 ans est vu pour la première fois le 8 décembre 1929. Il était couché, souffrant apparemment, avec une sueur froide sur le front. Il avait eu depuis 6 ou 8 semaines une légère douleur de constriction dans le quadrant supérieur droit. Pas de nausée, pas de vomissement, la douleur n'irradiait pas. Selles normales en couleur, pas de sang. La veille du jour où il est vu par le médecin, il avait eu une douleur bien plus considérable dans le ventre, mais il avait pu travailler. Le lendemain matin en s'habillant, il s'évanouit. Mis au lit, il s'évanouit à nouveau. Le médecin le voit peu de temps après.

Le malade est choqué avec une température de 37, pouls à 120. Peau froide, visqueuse. Pupilles égales, régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas d'anomalies du côté du nez, des oreilles, de la bouche et de la gorge. Les dents sont en parfait état. Pas d'adénite cervicale. Poumons respirant bien, aucune matité. Cœur non élargi, pas de souffle. L'examen du ventre montre une rigidité de bois des muscles spasmiés et une douleur de tout l'hypocondre supérieur droit s'étendant jusqu'à la ligne médiane et en bas à l'ombilic.

On décide de transporter immédiatement le malade à l'hôpital, mais en voulant le soulever de son lit, il s'évanouit deux fois. Sous anesthésie, incision sur le bord du grand droit. A l'ouverture de l'abdomen, le foie est découvert et présente à sa surface antérieure une masse arrondie en dôme d'environ la taille d'un cantaloup s'étendant dans le lobe gauche du foie. Il y a une limite précise de démarcation entre la masse et la substance hépatique. Elle est dure et à la ponction ne montre aucun signe d'abcès. Biopsie de quelques fragments. Fermeture avec drain. La vésicule biliaire est légèrement enflammée, mais l'état du malade n'entraîne à aucune autre nouvelle intervention chirurgicale.

Réaction de Wassermann et de Kahn au moment de l'opération sont positives. Microscopiquement, les fragments examinés par F. R. MALLORY montrent un infarctus nécrotique avec inflammation chronique faisant penser à une gomme. On commence immédiatement un traitement anti-syphilitique. Au bout de 3 injections de néo phénamine la masse abdominale disparaît. Après une évolution post-opératoire sans incident, le malade continue son traitement.

Ses antécédents personnels et ses antécédents familiaux sont significatifs. Au moment d'une intervention pour hernie en 1926, son Wassermann a été trouvé positif. Il nie toute injection vénérienne nominalement et symptomatiquement, mais admet s'y être exposé. Oreillons dans l'enfance. Il existe une histoire familiale chargée en syphilis. Son frère aîné, de 25 ans, a un Wassermann et un Kahn positifs. Il nie toute infection vénérienne, est marié, a un enfant de 5 ans bien portant. Sa femme et son fils ont des réactions de Wassermann négatives. La mère du malade est morte à l'hôpital, à 40 ans, d'une maladie de cœur dont les symptômes font penser à la syphilis. Elle a fait 3 fausses couches. Le Wassermann du père du malade est négatif.

CLINIQUE

Ce que nous voudrions mettre en lumière, à la suite de la lecture de ces observations, ce sont les points suivants :

D'abord, *la rareté de tels faits*. Soit qu'ils soient méconnus, soit qu'ils ne soient pas publiés, le nombre des observations relevées dans la littérature est peu considérable. Nous savons bien qu'il ne nous a pas été toujours possible de retrouver tous les faits parus à l'étranger, et nous n'avons pu baser notre étude que sur 16 cas, dont un cas personnel.

Dans la majorité des faits, il s'est toujours agi de *femmes*, 11 fois pour 5 hommes. C'est généralement après 30 ans, que s'est manifestée l'affection, notre malade avait 32 ans, mais FELDMANN décrit des accidents chez un garçon de 20 ans.

Trois signes sont cliniquement frappants à la lecture de toutes ces observations :

- la douleur,
- la fièvre,
- la tumeur.

La douleur est toujours très marquée : vive, violente, brutale dans notre cas, intense, par crises dans le cas de LEJARS, souvent si aiguë chez une malade

de RIEDEL, qu'elle se couchait par terre. Chez un autre, les douleurs allaient en empirant et la femme criait si fort qu'on l'entendait de tout le village; aiguës dans le cas de SCHRAGER au point de nécessiter la morphine.

Parfois, au cours de crises aiguës, elle peut simuler la douleur brutale d'une perforation (cas de MITCHNER, 2 cas de DÉNECHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULOU).

Cette douleur est de siège épigastrique ou sous-costal droit (FELDMANN); elle irradie, mais non toujours, vers la région scapulaire droite, dans le dos, vers l'épaule droite, la base du cou, ou dans l'hypochondre et le flanc droit en ceinture (AGOULOU), elle s'accompagne ou ne s'accompagne pas de vomissements, d'arrêt des selles, d'ictère. Les vomissements sont intenses dans le cas de MITCHNER et il y a léger subictère; ils sont fréquents et il manque l'ictère dans un cas de RIEDEL; d'autres fois, l'ictère accompagnera chaque crise douloureuse.

Mais à ces accidents aigus s'adjoint toujours un signe d'importance ici.

La fièvre. — Elle ne manque jamais, et elle peut être très élevée, voici ce qu'il importe de retenir.

A 38° à 39°, même au delà, dans presque toutes les observations au moment des crises et persistant après, irrégulière, oscillante, ce qui permet les diagnostics les plus divers. Nous reviendrons plus loin sur sa pathogénie.

Avec ces douleurs violentes, cette température constante, élevée parfois, un troisième signe que va révéler la palpation ?

La tumeur. — Il se peut qu'une contracture localisée la masque momentanément au cours d'une crise aiguë, mais généralement elle existe nettement sous le rebord des fausses côtes, dans la région vésiculaire, plus ou moins grosse, à forme arrondie, allongée, se perdant sous le rebord costal, ou se palpant vers l'abdomen au contraire, mobile avec les mouvements respiratoires, sans contact lombaire, mate comme le foie, et douloureuse à la respiration, au choc, au palper. Cette tumeur est même visible parfois sous la paroi abdominale où elle forme saillie, mobile avec les mouvements du diaphragme.

A côté de ces signes primordiaux :

La rate, augmentée de volume. Augmentation signalée seulement dans deux observations de DÉNECHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULOU, mais qui est certainement constante et dont la recherche et la constatation seraient sûrement d'une grande valeur pour le diagnostic de l'affection syphilitique.

La leucocytose légèrement augmentée : à 12.290 dans un cas d'AGOULOU, à 10.000-12.000 dans les observations de GILBERT, CHIRAY et ALFRED-COURY, de chiffre normal toutefois dans notre cas.

L'état général extrêmement touché, faciès mau-

vais, fatigué, pâle, souffrant, et amaigrissement considérable; il était de 15 livres dans un cas de RIEDEL.

Et pendant ce temps, à l'interrogatoire, alors même que l'esprit se trouverait aiguillé vers l'idée de syphilis, des stigmates inexistant, *des antécédents personnels déroutants ou peu probants*.

Notre malade précisait bien que sa santé avait commencé à décliner avec son mariage, et que surtout, elle avait pâli et maigri, mais un premier enfant était né 2 ans après ce mariage, à terme, et bien portant, et le mari lui-même était en parfaite santé semblait-il.

L'examen et l'interrogatoire les plus minutieux n'avaient révélé aucune trace de syphilis, signale LEJARS.

Certes, il n'en est pas de même pour les malades de RIEDEL qui ont fait des fausses couches, ont eu des enfants morts rapidement, ou ont présenté comme la malade de LEGUEU vraisemblablement une gomme spécifique du cou ayant cédé aux frictions mercurielles.

DIAGNOSTIC

C'est dire qu'il faut penser à la possibilité de ces gommès fébriles du foie, capables de simuler de par leur situation sur la surface hépatique et de par leur allure clinique, la plus parfaite affection vésiculaire aiguë, qu'elle soit calculeuse ou non.

Les crises douloureuses antérieures, remontant à plusieurs années même, 4 ans, 6 ans, existent dans l'une et l'autre affection, de même l'ictère.

La douleur peut avoir dans l'un et l'autre cas la même violence, la même acuité, elle est sans doute de manifestation plus anarchique, dans son horaire, son siège, ses irradiations, en cas de gomme syphilitique.

La tumeur sur le foie peut avoir même siège qu'une vésicule, peut avoir même forme qu'un organe distendu, même sensibilité à la palpation. Seule la radio-diagnostic avec injection opaque pourrait arriver à la différencier dans certains cas ou permettrait de dire que la vésicule biliaire est hors de cause.

Ce qui autoriserait à parler de syphilis après examen clinique ce serait la constatation d'une grosse rate; il faudrait donc penser à rechercher avec soin cet élément du diagnostic.

Enfin et surtout fouiller les antécédents du malade.

Dans deux cas, c'est après le mariage que débutèrent les événements qui s'installèrent, surtout la pâleur, le mauvais état général. Toutes ces recherches devant être appuyées d'examens sérologiques sérieux, y compris chaque fois que cela est possible des examens sérologiques du conjoint.

Mais un syphilitique, une syphilitique connus, avérés, peuvent bien faire une cholécystite de toute autre étiologie, ce qui vient encore compliquer le problème.

Nous avons vu que les diagnostics portés ont pu être ceux d'extrême urgence, comme d'ulcère gastroduodénal perforé ou de vésicule biliaire perforée, ou, sans moins de précision que cela, d'affection abdominale nécessitant la laparotomie immédiate.

Avec quoi confondre encore cette gomme fébrile du foie ?

Avec un kyste hydatique infecté, ou non si la température n'est pas élevée, c'est une question de situation de la tumeur sur le foie et de sa grosseur.

Avec un cancer fébrile primitif ou secondaire dont on ne trouverait pas le point de départ, ceci peut paraître vraisemblable avec l'état de cachexie de certains de ces malades.

Et ces deux erreurs ont été souvent commises et de ces malades proposés au chirurgien pour intervention avec ces diagnostics erronés.

Nous ne parlerons qu'en passant de ces patients considérés comme tuberculeux à cause d'une fièvre irrégulière et persistante, sans que l'examen ait per-

mis de découvrir la gomme hépatique. Notre malade avait été étiquetée telle et envoyée au sanatorium.

Reprenons, pour conclure, ces lignes de LEJARS : « Ce sont là des erreurs qui semblent toujours malaisément explicables, une fois que la preuve est faite, mais sans lesquelles on n'est jamais sûr de ne pas retomber au prochain jour, tant les allures et le tableau clinique sont d'une netteté troublante; le recours systématique à la réaction de Wassermann fournirait seul un moyen de les éviter plus souvent; encore faudrait-il tenir compte des faits où l'on ne peut rien conclure d'une réaction négative. Ce sont là, comme nous allons le répéter, des indications non douteuses d'une intervention, au moins exploratrice. Et, de plus, on ne saurait oublier les combinaisons éventuelles de la cholécystite calculeuse ou non, et de la syphilis hépatique, et c'est là encore une raison nouvelle d'intervenir ».

Le diagnostic clinique étant erroné, l'intervention permettra-t-elle de le rectifier ? Oui, toujours, et ceci sans la moindre hésitation. La gomme est très rarement unique d'ailleurs, mais son aspect, sa couleur, permettent très facilement de la reconnaître et de donner à la maladie son vrai nom.

TRAITEMENT

C'est d'ailleurs cette possibilité, avec un minimum de risque, qui a poussé plusieurs auteurs à préconiser l'opération dans le doute de syphilis hépatique avant de perdre du temps à tenter une amélioration par les traitements spécifiques.

LEJARS considérait même comme tout à fait légitime une intervention, dût-elle être uniquement exploratrice, car un syphilitique pouvait présenter une tumeur d'étiologie absolument différente et que la laparotomie permettait la biopsie et l'examen histologique.

D'autres chirurgiens ont fait de ces interventions des opérations curatrices; TERRIER et AUVRAY signalent ainsi 9 cas de gommes syphilitiques du foie, réséqués. Pour LEGUEU, il n'y a pas le moindre doute : ces formes sont vraiment chirurgicales. « Le traitement médical aurait-il donné pareil résultat », se demande-t-il. « Il ne fut pas institué, mais j'ai vraiment peine à le croire, car il s'agit de lésions fibreuses contre lesquelles le traitement médical ne fait en général rien du tout... sans vouloir dire que toute syphilis hépatique doit être opérée, il m'a paru utile de montrer quels bons résultats on peut obtenir par l'opération ».

D'autre part, DUFOUR, lors d'une discussion à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, signalait que l'hépatite syphilitique tertiaire pouvait ne pas toujours céder au traitement spécifique. Il avait ainsi suivi autrefois une malade syphilitique dont l'histoire hépatique fit porter successivement les diagnostics de : angiocholite, de spasme du pylore, d'appendicite et qui, malgré un traitement spécifique donné en connaissance de cause, ne dut sa guérison qu'au chirurgien, qui, après laparotomie, dut ouvrir 8 gommès suppurées du foie infectées secondairement.

Mais GRENET et ses collaborateurs s'élèvent avec véhémence contre de telles manières de voir qu'ils « désapprouvent formellement ». Pour eux, la connaissance des formes pseudo-chirurgicales de la syphilis hépatique, doit conduire à guérir uniquement par un traitement médical approprié, sans exposer les malades aux incertitudes d'une opération qu'ils jugent dangereuse et inutile.

PATHOGENIE

Il s'agit ici d'accidents tardifs de la syphilis qui n'apparaissent que plusieurs années après le chancre et souvent chez des malades qui, de bonne foi, nient tout accident connu. On sait l'affinité de la syphilis pour le foie, créant à elle seule un dysfonctionnement de la glande hépatique qui peut n'être que le premier stade de lésions ultérieures.

La forme gommeuse pure est une forme peu fréquente. ALLEN trouva 37 cas sur 11.629 autopsies; FLEXNER, 88 cas sur 5.088 autopsies et OSLER, au Johns Hopkins Hospital, sur 2.300 autopsies, 47 cas de foies syphilitiques, dont 19 cas seulement de gommages.

Ces formes pseudo-chirurgicales sur lesquelles nous avons voulu attirer l'attention, relèvent toujours des formations gommeuses. Elles se caractérisent cliniquement en dehors de la tumeur par la douleur et la fièvre.

Quand il y a douleur, on trouve toujours des gommages en examinant le foie, mais l'explication de ces douleurs est difficile à affirmer, car en effet, il n'y a pas toujours péri-hépatite suffisante pour justifier les accidents aigus signalés.

RIEDEL avait autrefois trouvé une explication facile. De toute évidence pour lui il existait une cholestite syphilitique.

Nous avons vu que chez notre malade il y avait à la fois gomme du foie et calculs de la vésicule biliaire. Étaient-ce ces derniers qui conditionnaient les douleurs violentes que cette femme ressentait ?

GÉRAUDEL, en 1909, parlait déjà de lithiase biliaire syphilitique, cette hypothèse mériterait d'être reprise à l'aide de documents. Ces calculs intra-vésiculaires n'existaient pas que dans notre cas, on les signale encore dans d'autres observations. Pures coïncidences ? Nous ne pouvons conclure ici.

Quant à la fièvre dans la syphilis du foie, elle a été notée depuis fort longtemps et est aujourd'hui bien connue sans qu'on puisse être certain de sa pathogénie propre. En effet, elle peut évoluer seule sans aucune autre manifestation, mais si on admet avec GILBERT et CHIRAY son origine hépatique, on comprendra alors que liée aux douleurs, elle soit la signature de l'affection que nous avons eue en vue ici.

CONCLUSIONS

1) Ce sont des faits rares, mais intéressants à connaître, sur lesquels nous avons voulu attirer l'attention, en nous basant sur 15 cas déjà publiés et une observation inédite.

2) Le tableau clinique est dominé par trois signes importants :

- *la douleur,*
- *la fièvre,*
- *la tumeur,*

auxquels on devrait ajouter sans doute un élément de valeur pour le diagnostic, l'augmentation de volume de la rate.

3) Le diagnostic de syphilis est difficile à poser, les antécédents personnels étant souvent, chez ces malades, inexistantes ou peu probants, car il s'agit le plus souvent de syphilis méconnue. Les examens sérologiques prendront ici toute leur importance.

4) L'intervention chirurgicale, loin d'être nuisible, comme l'ont pensé certains auteurs, permettra de faire des biopsies et de déceler parfois des lésions

qui, pour survenir chez des syphilitiques n'en relèvent pas moins du domaine de la chirurgie.

5) Deux questions fort intéressantes attendent encore une réponse :

1° existe-t-il des cholécystites syphilitiques pures ?

2° peut-on parler de lithiase syphilitique ?

Vu : Le Président de Thèse,
P. DUVAL.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — La Σ tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. La fièvre Σ tertiaire. Discussion à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 18 mars 1921, p. 434.
- ADAM. — Les formes chirurgicales de la Σ hépatique. *Cluj. Méd.*, Déc. 1936, p. 730.
- AGOULOU. — Des formes pseudo-chirurgicales de la Σ tertiaire du foie. *Thèse Paris*, 1923.
- BARILARI et HARDOY. — *Semana Med.*, 4 déc. 1924, p. 1272.
- BERGARÈCHE. — *Rev. de cir.* Déc. 1930, p. 614.
- BRAULT. — Sur quelques variétés rares de Σ hépatique. *Bull. Acad. de Med.*, séance du 3 mai 1910, p. 382 et *Semaine Méd.*, 1910, p. 213.
- CABOT. — *New-England. J. of Med.*, 3 nov. 1938, p. 714.
- DATIN. — *Thèse de Paris*, 1925.
- QUEYRAT. — Etude radioscopique d'une gomme du foie. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 31 mars 1916, p. 459.
- RIEDEL. — Ueber die Fieberhaft verlaufferide Lues der gallenblase und Gallengärige sowie den Leber. *Mittel. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, 1904, T. XIV, N° 1-2.
- SCHRAGER. — Aspects cliniques de la Σ du foie. *J. of Am. Med. Ass.*, Mars 1912.
- SIMON (C.) et RENTY. — Un cas de Σ hépatique. *Soc. de Dermat. et Σ* , 1922, et *Bulletin Méd.*, 31 mai 1922, N° 23.
- STEINER. — Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues Σ qu'après l'intervention. *Thèse Paris*, 1901-1902.
- TERRIER et AUVRAY. — Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. *Revue de Chir.*, 1897, p. 621 et 1898, p. 403, 706, 831.
- TUFFIER. — *In Steinir*, 1901-1902.

- VALENZUELA. — *Prensa Med. Arg.*, 29 janv. 1936, p. 337.
- DENÉCHAU, FRUCHAUD-BRIN et AGOULOU. — 4 cas de Σ tertiaire du foie à forme pseudo-chirurgicale. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 20 avril, 1923, p. 556.
- DUFOUR. — *Discussion Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 mars 1921, p. 435.
- FLATER. — Σ hépatique fébrile. *Méd. Klin.*, 3 nov. 1926, p. 1656.
- GASIEŃKI. — Gomme Σ du foie réséquée. *Polska gaz. Lek.*, 20 juin 1937, p. 467 et *Revue de Chirurgie* (Paris), Juillet 1938, p. 503.
- GILBERT, CHIRAY, Alfred COURY. — La Σ tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. La fièvre Σ tertiaire. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 18 mars 1921, p. 417.
- GRENET, LEVENT, PÉLISSIER. — Les Σ viscérales tardives.
- KÖNIG. — Die Bedeutung der Leber Σ für die Diag. der Bauchgeschwülste. *Berlin. Klin. Wochen.*, 6 fév. 1905.
- LEJARS. — Les grosses tumeurs Σ du foie. *Semaine Méd.*, 11 mars 1914, 109.
- LEGUEU. — 2 cas d'hépatectomie pour Σ . *Congrès de Chir.*, 1901.
- LILIENTHAL. — Gomme suppurée du foie. *Annals of Surg.*, 1902, T. XXXVI, p. 132.
- LIOTARD. — Σ tertiaire fébrile : formes viscérales, formes essentielles. *Thèse Paris*, 1925.
- LOWENTHAL. — Σ viscérales méconnues. *Thèse Paris*, 1923.
- MC CRAE et CAVEN. — *Am. J. Med. Sc.*, Dec. 1926, p. 781.
- MITCHINER. — *British J. of Surg.*, 1923.
- MOHTA. — *Indian Med. gaz.*, Mai 1926, p. 230.
- MONSE. — Gomme du foie. Traitement opératoire. *Beitr. z. Klin. Chir.*, T. 128, 1923, p. 148.
- PAVIOT et BERTRAND. — *Lyon Méd.*, Fév. 1929, p. 228.
- PSCHENITSCHNIKOW. — Tumeurs pédiculées Σ du foie. *Frank. Zeits. f. Path.*, 1929, T. 37, p. 331.

476